

**CERTIFICATION APPLICATION – INDIVIDUAL
ASBESTOS ACTIVITIES & INVESTIGATIONS**

Por favor escribir en imprenta o a maquina Un individuo tiene que proporcionar su Numero de Seguro Social (SSN) y una compania tiene que proporcionar su Número del Identificación Federal de Empleador para ser certificado (s. 254.115 and 250.041, Wis. Stats.). El Número de Seguro Social será utilizado para negar o para revocar la certificación de las personas que son delincuente en el pago de impuestos o de la apoyo de niño. Toda la información en esta forma está susceptible a registro abierto con excepción del Numero de Seguro Social.

- Certificacion nueva-** Solicitando la certificacion inicial
 Renovacion de certificaion – Solicitando la certificacion de la renovacion
 [el número corriente de la certificación del Department of Health & Family Services (DHFS) _____]

INFORMACION INDIVIDUAL

Nombre Completo		Numero de Seguro Social	
Direccion Completa	Ciudad	Estado	Zip
Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Dia de Cumpleanos (mes / día / ano) – edad minima 18		Peso
Numero de Telefono ()	Numero de Fax ()	Numero de Cellular ()	
Numero de Paginador ()	Email address		

INFORMACION DE LA COMPANIA

Informacion acerca de tu negocio o de tu empleador

Marca uno o ambos del siguiente si la compañía quiere ser incluida en una guía pública de contratistas o de consultores por el hire.
 Incluya en la guía de contratistas de disminución de asbestos Incluya en el directorio de los investigadores del asbestos

Nombre de la Compania	DHFS Número de Certificación de la Compania.	Numero de Identificacion del Empleador si es posible (FEIN)
Direccion		
Ciudad	Estado	Zip
Direccion		
Ciudad	Estado	Zip
Persona del contacto	Numero de Telefono del Negocio ()	Numero de Fax ()
Numero de Cellular ()	Numero de Paginador ()	Email Address

El tipo de compañía (Marca todo que aplica)

<input type="checkbox"/> Contratista de la disminución	<input type="checkbox"/> Gobierno - Viviendas Local	<input type="checkbox"/> Gobierno – Estado - WI	<input type="checkbox"/> Administración de la Propiedad
<input type="checkbox"/> CAP / Weatherization	<input type="checkbox"/> Gobierno – Salud Pública Local	<input type="checkbox"/> Viviendas – No Gobierno	<input type="checkbox"/> Contratista que Techa
<input type="checkbox"/> Construcción/Renovación	<input type="checkbox"/> Gobierno – Otra Agencia Local	<input type="checkbox"/> Industrial	<input type="checkbox"/> Colegio o Universidad
<input type="checkbox"/> Ambiental	<input type="checkbox"/> Gobierno – Otro Estado	<input type="checkbox"/> Investigación/Consultor	<input type="checkbox"/> Otros _____
<input type="checkbox"/> Gobierno - Federal	<input type="checkbox"/> Gobierno – Tribu India	<input type="checkbox"/> K-12 Escuela	

EL HONORARIO DE LA CERTIFICACIÓN

Momto a pagar en forma de cheque o giro postal pagadero a DHFS. Vea el web site www.wisconsin.gov para las definiciones de la certificación.

	Monto a Pagar		Monto a Pagar
<input type="checkbox"/> Trabajadores de asbestos en el techo -cementitious	\$ 25.00	<input type="checkbox"/> Supervisores de trabajadores de techo -cementitious	\$ 50.00
<input type="checkbox"/> Trabajadores de asbestos en el techo	\$ 25.00	<input type="checkbox"/> Supervisores de trabajadores de techo	\$ 50.00
<input type="checkbox"/> Trabajadores de asbestos	\$ 50.00	<input type="checkbox"/> Supervisor de asbestos	\$100.00
<input type="checkbox"/> Inspector de asbestos	\$150.00	<input type="checkbox"/> Diseñador de proyectos se asbestos	\$150.00
<input type="checkbox"/> Tarjeta del Reemplazo	\$ 8.00	<input type="checkbox"/> Manejador de planes de asbestos	\$100.00

Explique qué sucedió a la tarjeta:

Solamente para DHFS	Payment Date _____	Paid This Application _____	Total Payment _____
Old Expiration Date _____	New Certification Expiration Date _____	New Training Due _____	
Deposit _____	Data Entry _____	Data Check _____	Card Print _____

Nombre de Apicante (Nombre, Segundo nombre, Apellido)

TRAINING

Adjunta una copia de su certificado más reciente y cualquier certificado del entrenamiento no previamente sometido. El certificado mas reciente debe ser un certificado original o una copia autenticado. Localizacion (ciudad / estado) y fecha el entrenamiento fue terminado (mes/ dia / ano).

OTHER LICENSES, REGISTRATIONS OR CERTIFICATIONS

Dentro de los ultimos 5 anos, used tenia una licencia del asbestos, o la certificacion en un otro estado? Sí No

Si Sí, quien lo distribuyo?

Dentro de los ultimos 5 anos, tenía una acción contra de used para una violacion civil o criminal de estatutos, regulaciones o ordenanzas de los Estados Unidos, este estado, cualquier otro estado, o cualquier gobierno local relacionado substancialmente con actividades del asbestos o otra remediacion ambiental?

Sí No

Si sí, que accion fue tomada, porqué y por quién?

JURAMENTO DE APLICACION

Yo aseguro que yo soy la persona referida en esta aplicacion y que todas las respuestas son estrictamente ciertas. Entiendo que si algo es falso mi aplicacion sera revocada. Entiendo tambien que si descubren que trato de enganar a alguien no recibire la certificacion y las leyes del estado de Wisconsin podran tomar accion legal y disciplinaria para contra mi.

Firma del Apicante _____

_____ Dia

ATTACHMENTS

Yo tengo que incluir los siguientes materiales requeridos para la aplicacion.

- Aplicación completada
La aplicacion debe ser legible y correcta. Si no esta completa, lo será vuelto. La aplicacion pide información que se utiliza para determinar la elegibilidad para la certificación y se puede compartir con otras agencias gubernamentales como parte de los actividades de imposición. Puesto que la información puede estar disponible bajo solicitud de registro abierto, usted puede escoger darnos su dirección del trabajo y número de teléfono en vez de darnos información de su residencia. También, proporciona el nombre y dirección de su empleador o si usted trabaja por cuenta propia, la nombre que usted utilize para su negocios.
- Momto a pagar en forma de cheque o giro postal pagadero a: Department of Health and Family Services (DHFS). (no recibimos efectivo.)
- Dos fotos tamaño pasaporte o carnet 2"x2". (Requerida por cada nueva o renovacion.)
Los hombros y la cara debe ser 2" x 2" y la cara de la aplicante debe ser claramente reconocible. Puede e-mail las fotos digital como archivos del jpeg a plicasbestoslead@dhs.state.wi.us. En la linea sujeta ponga "Application", seguido de la nombre del aplicante y numero de la certificación de DHFS, si esta asignado. (Ejemplo: Application-John Doe, LCS-1234)
- Foto impresa en el papel de foto está adjunta .
- Foto digital emailed de: _____
- Copia del certificado de entrenamiento.
Copia de todos los certificados del entrenamiento no sometido previamente. El certificado mas reciente debe ser autenticado de una copia verdadero o someter el certificado original del entrenamiento.

Además, por un aplicacion para la certificación inicial, el aplicante debe verificar que los siguientes estén adjuntos:

- Presenta una historia completa de entrenamiento, incluyendo copias de todos los requeridos certificados inicial y refresco de asbestos entrenamiento.
- Verification del día de nacimiento.
Foto identificación oficialmente publicada es requerido para la certificación inicial, e.j. licencia de conductores. Una tarjeta de certificación previa o una tarjeta de certificación de otro estado no es aceptado.

Si usted tienes preguntas llame (608) 261-6876. Si envía, usa la dirección del correo abajo. Aplicaciones pueden ser entregado en mano a la dirección de calle. Usted puede entregar su aplicación en mano, pero las aplicaciones se procesan en la orden recibido. Permita 10 días laborables para procesar su aplicación. Aplicaciones incompletas no se procesarán.

Envie esta aplicacion y todo lo requerido en ella a esta direccion:

Dirección de Envío

Department of Health and Family Services
Asbestos and Lead Section, Rm 137
P.O. Box 2659
Madison WI 53701-2659

Dirección de Calle

Department of Health and Family Services
Asbestos and Lead Section
One West Wilson Street, Room 137
Madison WI 53703